

المعلومات المالية الخاصة بمشاركة الأسرة في تكلفة البرنامج

اسم الطفل	تاريخ الميلاد	رب الأسرة	تاريخ الاستكمال
-----------	---------------	-----------	-----------------

إرشادات

يلزم تقديم المعلومات المالية لتحديد إن كانت الأسرة سوف تدفع رسوماً شهرية للمشاركة في برنامج "الخطوات الأولى". ويتم تحديد الرسوم الشهرية على أساس معدل متناقص يُراعى عدد الأشخاص في الأسرة وإجمالي الدخل المعدل للأسرة. ويبلغ الحد الأدنى من الرسوم ٥ دولارات والحد الأقصى لها ١٠٠ دولار شهرياً للأسر المقرر لها دفع رسوم.

ويتم جمع المعلومات المالية في اجتماعات مناقشة خطة الخدمة الأسرية الأولية والسبوعية (IFSP) وأي وقت يطرأ فيه تغيير على عدد أفراد الأسرة أو دخلها. ويتم تقديم نسخة من سياسة نظام مدفوعات برنامج الخطوات الأولى لولي الأمر قبل جمع المعلومات المالية.

ويتعين على ولي الأمر اختيار أحد الخيارات الثلاثة الواردة أدناه. ويجب على ولي الأمر التوقيع على هذا النموذج وتاريخه وإعادته لمنسق الخدمة قبل تحصيل الرسوم الشهرية. وترد أدناه بيانات الاتصال الخاصة بمنسق الخدمة.

تأكيد

بعد الاطلاع على سياسة نظام مدفوعات برنامج الخطوات الأولى، اختر الخيار التالي:

الخيار الأول: أؤكد أن طفلي مشمول بتغطية برنامج HealthNet أو برنامج Medicaid بولاية ميزوري وأن أسرتي تحصل على مخصصات بموجب برنامج دخل الضمان الإضافي (SSI) أو برنامج البطاقات التموينية أو أن طفلي مسجل لدى إحدى دور الرعاية البديلة.

الخيار الثاني: أؤكد أن معلومات الأسرة والدخل دقيقة كما في تاريخ التوقيع.

- حجم الأسرة (أي عدد أفرادها): _____
- معلومات الدخل (يلزم تحديد "أ" أو "ب")

أ. إقرار ضريبي فيدرالي

الحالة العائلية: أعزب متزوج ومشارك في الإقرار الضريبي رب الأسرة

متزوج ويقدم إقراراً ضريبياً منفصلاً (يستكمل نموذجين)

الدخل الإجمالي المعدل من الإقرار الضريبي الفيدرالي: _____ دولار أمريكي

ب. دخل آخر من مدفوعات بشيكات وخلافه.

دخل سنوي مقدر من مصادر دخل أخرى: _____ دولار أمريكي

الخيار الثالث: أرفض تقديم المعلومات المالية. أتفهم أن ذلك سيؤدي إلى تحمل الحد الأقصى للرسوم الشهرية البالغ ١٠٠ دولار.

التوقيع

توقيع ولي الأمر

تاريخ توقيع ولي الأمر

الاسم المطبوع لولي الأمر

منسق الخدمة

اسم منسق الخدمة وعنوانه

رقم هاتف منسق الخدمة

توقيع ممثل الوكالة

تاريخ الاستلام من قبل الوكالة

تُرفق نسخة من سياسة نظام مدفوعات برنامج الخطوات الأولى مع هذا النموذج.

لا تقبل إدارة التعليم الابتدائي والثانوي التمييز على أساس العرق أو اللون أو الدين أو الجنس أو الميول الجنسية أو الأصل القومي أو العمر أو حالة المحاربين القدامى أو الإعاقة العقلية أو الجسدية أو أي أساس آخر يحظره القانون في برامجها وأنشطتها. يمكن إرسال الاستفسارات المتعلقة ببرامج الإدارة وموقع الخدمات والأنشطة والتسهيلات التي يمكن للأشخاص ذوي الإعاقة الحصول عليها على العنوان: Jefferson State Office Building, Director of Civil Rights Compliance and MOA Coordinator (Title VI/Title IX/504/ADA/ADAAA/Age Act/GINA/USDA Title VI), 5th Floor, 205 Jefferson Street, P.O. Box 480, Jefferson City, MO 65102-0480 هاتف رقم 573-526-4757 أو رقم خدمة الصم والبكم 800-735-2966 أو إرسال بريد إلكتروني إلى civilrights@dese.mo.gov.